



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Dipartimento dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

TESI DI LAUREA TRIENNALE

**Il fenomeno dell'autolesionismo non suicidario in adolescenza: una
prospettiva di genere**

The phenomenon of nonsuicidal self-injury in adolescence: a gender perspective

Relatrice

Professoressa Marina Miscioscia

Laureanda: Federica Pino

Matricola: 2057181

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Introduzione..... | 2 |
| Capitolo 1: L'adolescenza..... | 4 |
| 1.1 Sviluppo fisico e pubertà..... | 4 |
| 1.2 Sviluppo cognitivo e cerebrale..... | 6 |
| 1.3 Sviluppo emotivo e comportamentale e la relazione con il rischio..... | 7 |
| 1.4 Autocontrollo e regolazione emotiva..... | 9 |
| Capitolo 2: L'autolesionismo non suicidario..... | 13 |
| 2.1 Storiografia e criteri diagnostici..... | 13 |
| 2.2 Classificazione e aspetti epidemiologici..... | 16 |
| 2.3 Fattori di rischio, cause e funzioni..... | 18 |
| Capitolo 3: Differenze di genere nell'autolesionismo non suicidario e misure preventive..... | 23 |
| 3.1 Prevalenza e caratteristiche dell'NSSI femminile..... | 23 |
| 3.2 Immagine corporea negativa come predittore dell'NSSI femminile..... | 28 |
| 3.3 Autolesionismo non suicidario nelle minoranze sessuali e di genere..... | 29 |
| 3.4 Prevenzione dell'autolesionismo non suicidario negli adolescenti..... | 30 |
| Conclusione..... | 31 |
| Riferimenti Bibliografici..... | 32 |

INTRODUZIONE

L'adolescenza rappresenta un periodo di transizione critica, caratterizzato da profondi cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali. È una fase in cui gli individui non sono più bambini ma non sono ancora adulti, e affrontano una serie di sfide che possono avere un impatto significativo sul loro sviluppo e benessere. Questo passaggio è segnato da una riorganizzazione del corpo attraverso lo sviluppo puberale, da una maturazione delle capacità cognitive e cerebrali, e da un'evoluzione delle competenze emotive e comportamentali. Questi cambiamenti, sebbene naturali, possono generare una vulnerabilità particolare, esponendo gli adolescenti a vari rischi, tra cui quello dell'autolesionismo non suicidario (NSSI, Non-Suicidal Self-Injury).

Il primo capitolo di questa tesi esplora in dettaglio il periodo adolescenziale, fornendo un quadro complessivo delle trasformazioni che caratterizzano questa fase della vita. Partendo dallo sviluppo fisico e puberale, verranno analizzate le principali modificazioni corporee che gli adolescenti attraversano e come queste influenzino la percezione di sé. Successivamente, verrà affrontato lo sviluppo cognitivo e cerebrale, mettendo in luce come la maturazione delle strutture e delle funzioni cerebrali favorisca l'emergere di nuove capacità di pensiero e di ragionamento astratto. Parallelamente, lo sviluppo emotivo e comportamentale verrà esaminato per evidenziare come la capacità di autocontrollo e la regolazione emotiva si evolvano durante l'adolescenza, e come questi aspetti siano strettamente connessi al comportamento a rischio.

A partire da queste premesse, il secondo capitolo introduce uno dei comportamenti a rischio che può emergere durante l'adolescenza: l'autolesionismo non suicidario. Verrà offerta una panoramica completa di questo fenomeno, esaminando la sua definizione, la storiografia, i criteri diagnostici e la classificazione. Inoltre, saranno discussi gli aspetti epidemiologici, le cause e le funzioni del NSSI, così come i fattori di rischio associati a tale comportamento. Questo capitolo ha l'obiettivo di fornire una comprensione esaustiva dell'autolesionismo non suicidario, in modo da preparare il terreno per l'analisi approfondita del capitolo successivo.

Il terzo capitolo si focalizza sull'autolesionismo non suicidario in una prospettiva di genere, analizzando come le differenze di genere possano influenzare le caratteristiche e la prevalenza del NSSI. In particolare, verrà esaminato come l'immagine corporea negativa rappresenti un predittore significativo del NSSI femminile, evidenziando la necessità di considerare i fattori specifici che contribuiscono all'emergere di questo comportamento nelle ragazze adolescenti. Un breve paragrafo sarà dedicato anche all'autolesionismo non suicidario nelle minoranze sessuali e di genere,

sottolineando come queste popolazioni possano affrontare sfide uniche. Infine, la tesi si conclude con una riflessione sulle strategie di prevenzione e intervento mirate a ridurre l'incidenza dell'NSSI tra gli adolescenti, promuovendo un approccio olistico e sensibile alle diversità di genere.

Attraverso l'analisi di questi temi, questa tesi mira a fornire un contributo significativo alla comprensione dell'autolesionismo non suicidario in adolescenza, sottolineando l'importanza di un approccio integrato che consideri le complesse interazioni tra sviluppo psicologico e fattori di rischio, con un'attenzione particolare alle dimensioni di genere.

CAPITOLO 1: L'ADOLESCENZA

L'adolescenza è una fase della vita situata tra l'infanzia e l'età adulta, caratterizzata da significativi cambiamenti fisici, psicologici e sociali. Il termine deriva dal latino "adolescere", che significa "crescere", sottolineando la natura transitoria di questo periodo (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'adolescenza come il periodo compreso tra i 10 e i 20 anni, specificando che l'inizio è marcatamente segnato dalla pubertà, mentre la conclusione è meno chiaramente delineata (Sawyer, et al., 2018): nel 1968, Keniston ha identificato una fase intermedia tra l'adolescenza e l'età adulta. Questa fase riguarda giovani che non sono più adolescenti ma che non sono ancora completamente adulti, in quanto non hanno ancora raggiunto una stabilità sociale e lavorativa (Palmonari, 2011). Questi giovani, chiamati "adulti emergenti" (Arnett, 2000), o giovani adulti, non sono più soggetti alle restrizioni tipiche dell'adolescenza, ma non hanno ancora le responsabilità complete degli adulti. In effetti, oggi, il raggiungimento di ruoli sociali e lavorativi tradizionalmente associati all'età adulta, come il matrimonio, avviene spesso ben oltre i 18 anni. Dunque, per via dei numerosi cambiamenti socioeconomici e culturali occorsi negli ultimi decenni (aumento della scolarità media, posticipazione dell'ingresso nel mondo del lavoro o della formazione di una nuova famiglia) la letteratura concorda sulla necessità di posticipare l'ingresso nell'età adulta.

L'adolescenza è una fase estremamente delicata dello sviluppo umano, in cui le emozioni, le reazioni, le amicizie, gli ideali, i sogni e le paure vengono vissuti in modo molto intenso, più di quanto accada per adulti e bambini. Questo periodo è caratterizzato da numerosi e rapidi cambiamenti che influenzano la sfera cognitiva, emotiva e comportamentale. Durante l'adolescenza si assiste a una maturazione biologica e puberale, con la conseguente trasformazione del corpo. Allo stesso tempo, si verifica uno sviluppo intellettuale e morale, la scoperta della propria sessualità e di quella altrui, e la costruzione di una nuova identità. Inoltre, evolve il rapporto con i genitori e i coetanei (Steinberg, 2005)

Questi aspetti sono interconnessi e influenzano reciprocamente la percezione che l'adolescente ha di sé stesso, degli altri e delle sue relazioni. Essendo pienamente consapevole di tali cambiamenti, l'adolescente è particolarmente sensibile all'impatto che questi elementi hanno sulla sua qualità di vita e sul benessere psicosociale.

1.1 SVILUPPO FISICO E PUBERTÀ

L'immagine corporea rappresenta un aspetto cruciale dell'immagine di sé (Toselli et al., 2022). Generalmente, siamo abituati al nostro corpo come a una costante presenza nella nostra vita quotidiana, quasi come fosse un rumore di fondo. Ci sembra che non cambi mai, ma questa è un'illusione, poiché il corpo si trasforma continuamente, giorno dopo giorno. In condizioni normali, queste trasformazioni sono così graduali che non ne siamo consapevoli. Tuttavia, quando notiamo cambiamenti nel nostro aspetto fisico, come la comparsa di rughe, la perdita di capelli o variazioni nella prestanza fisica, spesso proviamo disagio e necessitiamo di tempo per abituarci e accettarli.

In adolescenza, invece, i cambiamenti fisici e sessuali avvengono in modo rapido e spesso imprevisto, il che può avere un impatto significativo su come gli adolescenti si percepiscono e vengono percepiti dagli altri. Questi cambiamenti repentini possono portare a decisioni difficili e rinunce dolorose, mettendo in crisi l'immagine di sé costruita durante l'infanzia e influenzando profondamente il senso di autostima (Albiero, 2021).

Sebbene i termini pubertà e adolescenza siano stati spesso utilizzati come sinonimi, è bene tenere presente che, mentre la pubertà fa riferimento ai cambiamenti biologici, l'adolescenza viene concettualizzata come riferimento alla maturazione dei comportamenti sociali e cognitivi degli adulti (Sisk e Foster, 2004).

Il processo puberale avviene in due fasi principali: l'adrenarca e la gonadarca. Queste fasi sono innescate rispettivamente dall'attivazione degli assi ipotalamo-ipofisi-surrene e ipotalamo-ipofisi-gonadi (Vijayakumar et al., 2018).

L'adrenarca rappresenta il primo segno della pubertà e solitamente si verifica tra i 6 e i 9 anni, manifestandosi prima nelle ragazze rispetto ai ragazzi (Biro et al., 2014; Patton e Viner, 2007; Tung et al., 2004). Questa fase inizia quando le ghiandole surrenali rilasciano androgeni, come il deidroepiandrosterone (DHEA) e il suo solfato (DHEA-S) (Palmert et al., 2001). Questi ormoni continuano ad aumentare fino all'inizio dei 20 anni e sono responsabili dello sviluppo di alcune caratteristiche sessuali secondarie, come la crescita dei peli pubici, l'odore corporeo e l'acne (Havelock et al., 2004).

La gonadarca è innescata dal rilascio di grandi quantità di ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH) da parte dell'ipotalamo in modo pulsatile durante il sonno (Veldhuis, 1996; Plant e Barker-Gibb, 2004). Questo processo riattiva l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, che era stato attivo durante la vita prenatale e postnatale precoce, ma poi inibito dagli input dell'acido gamma-amminobutirrico verso l'ipotalamo (Ojeda et al., 2006; Schulz et al., 2009; Sisk e Foster, 2004).

Il rilascio pulsatile di GnRH induce l'ipofisi a produrre ormoni follicolo-stimolanti (FSH) e luteinizzanti (LH), i quali a loro volta stimolano le ovaie e i testicoli a produrre ormoni steroidei sessuali, come l'estrogeno e il testosterone. Questi ormoni sono fondamentali per raggiungere la maturità riproduttiva e per lo sviluppo di altre caratteristiche sessuali secondarie: l'estrogeno stimola la crescita del seno, la mestruazione e l'ovulazione nelle femmine assegnate alla nascita, mentre il testosterone stimola lo sviluppo testicolare e i cambiamenti della voce nei maschi assegnati alla nascita (Vijayakumar et al., 2018).

1.2 SVILUPPO COGNITIVO E CEREBRALE

Le teorie classiche dello sviluppo cognitivo, come quelle proposte da Piaget (1936), evidenziano una netta discontinuità tra l'infanzia e l'adolescenza. Questa evoluzione non è solo il risultato dell'esperienza o della maturazione, ma anche dell'influenza dello sviluppo puberale sul cervello. In particolare, le tempistiche di maturazione cerebrale e l'azione di neurotrasmettitori e ormoni giocano un ruolo fondamentale: comunicando col cervello (iper) attivano alcune aree e influiscono sul modo di pensare e sugli stati d'animo (Vijayakumar et al., 2018). Dunque, molti comportamenti adolescenziali che risultano incomprensibili agli adulti possono essere parzialmente spiegati da questi cambiamenti biologici.

In particolare, durante l'adolescenza il cervello subisce una massiccia riorganizzazione. Attraverso tecniche di imaging cerebrale non invasive, come la risonanza magnetica per immagini (MRI), sono stati delineati cambiamenti evolutivi che includono: alterazioni nella quantità di materia grigia e bianca e cambiamenti nella microstruttura della materia bianca (Vijayakumar et al., 2018).

La quantità di materia grigia corticale, che include densità, volume e spessore, cambia in modo specifico a seconda della regione cerebrale durante l'infanzia e l'adolescenza, seguendo spesso un andamento non lineare (Patel et al., 2021). In particolare, le regioni corticali laterali frontali, parietali e occipitali mostrano che lo sviluppo della materia grigia segue una traiettoria a U rovesciata: si ha un aumento iniziale dello spessore durante l'infanzia (raggiungendo un picco intorno ai 10 anni), per poi diminuire progressivamente nell'adolescenza e stabilizzarsi nell'età adulta (Giedd et al., 1999; Shaw et al., 2008; Sowell et al., 1999; Tamnes et al., 2009; Blakemore, 2008). Questo andamento è spiegato dalla "potatura" o "pruning" che riduce la densità sinaptica (Patel et al., 2021), eliminando le connessioni sinaptiche in eccesso e incrementando, così, l'efficienza delle trasmissioni neuronali (Andersen et al., 1997; Juraska & Drzewiecki, 2020). In altre parole, nonostante il numero delle sinapsi diminuisca notevolmente durante l'adolescenza, esse risultano più robuste e funzionali.

Il volume totale della sostanza bianca, invece, aumenta in modo lineare e costante dall'infanzia all'adolescenza, con un rallentamento e stabilizzazione di questo aumento durante l'età adulta (Giedd et al., 1999; Tamnes et al., 2009; Patel et al., 2021). Durante l'adolescenza, questo incremento varia tra i sessi: i maschi mostrano un aumento del volume della sostanza bianca più marcato rispetto alle femmine (Perrin et al., 2008, 2009). Questo aumento del volume della sostanza bianca è attribuito alla progressiva mielinizzazione degli assoni, come osservato nei campioni istologici (Benes et al., 1994; Yakovlev e Lecours, 1967), oppure all'aumento del calibro degli assoni (Paus et al., 2008). Una maggiore mielinizzazione aiuta a elaborare le informazioni in maniera più rapida e migliora la connettività tra le regioni cerebrali (Arain et al., 2013).

Il processo di mielinizzazione e di "pruning" sinaptico consentono al cervello di operare in modo più veloce e sofisticato, migliorando non solo le capacità di elaborazione delle informazioni delle singole aree, ma anche, e soprattutto, l'integrazione tra le diverse regioni cerebrali. In altre parole, il cervello in adolescenza è caratterizzato da un'estrema plasticità che gli consente di essere adatto a ricevere stimoli e rispondere in modo ottimale; in questo senso l'adolescenza viene definita anche come "finestra di opportunità" (Patel et al., 2021).

1.3 SVILUPPO EMOTIVO E COMPORTAMENTALE E LA RELAZIONE CON IL RISCHIO

Sebbene lo sviluppo delle capacità cognitive sia sempre più sofisticato (ragionamento astratto, risoluzione dei problemi, pensiero creativo), nel corso dell'adolescenza, gli individui devono affrontare numerose sfide e compiti evolutivi che mettono alla prova le loro capacità adattive e la loro flessibilità emotiva e comportamentale (Ammaniti, 2002; Lingiardi & McWilliams, 2018): durante l'adolescenza, ad esempio, il contesto sociale cambia significativamente, portando gli individui a passare più tempo con i coetanei piuttosto che con gli adulti, aumentando la frequenza dei conflitti con i genitori (Csikszentmihalyi et al., 1977; Steinberg, 1989). Questi cambiamenti nelle dinamiche sociali possono contribuire a una maggiore reattività e sensibilità emotiva, determinando, così, l'assunzione di decisioni e azioni subottimali. In particolare, l'adolescenza è un periodo dello sviluppo caratterizzato da una maggiore attrazione per le ricompense, dalla propensione all'assunzione di rischi e dalla ricerca di sensazioni forti che possono portare a gravi conseguenze (Dahl, 2004). Ad esempio, gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili per via di attività sessuali, spesso senza protezione (Eaton et al. 2006), adozione di comportamenti pericolosi che incrementano la probabilità di morire, tra cui guidare in stato di ebbrezza o senza cintura di sicurezza (National Youth Risk Behavior Survey, 2005), o ancora, abuso di sostanze come alcool e droghe ricreative (Casey, Getz e

Galvan, 2008; Lees et al., 2020; Romer, Reyna e Satterthwaite, 2017; Spear, 2000). Basti pensare che “nel 2018, 7,1 milioni di adolescenti di età compresa tra 12 e 20 anni hanno dichiarato di aver bevuto alcolici nel mese precedente, mentre 4,3 milioni lo hanno fatto sotto forma di binge drinking, definito come l'assunzione di cinque o più drink in un'unica occasione (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Esso può essere distinto tra rischio esternalizzato, che fa riferimento alle condotte visibili e pericolose per l'individuo e la società, ed internalizzato, associato alla sfera affettiva come l'isolamento o sentimenti depressivi (Catellino & Bonino, 2010). Gli individui che intraprendono questi comportamenti rischiosi sono chiamati “risk takers”, e molto spesso sono proprio adolescenti (Spear, 2014).

A questi cambiamenti comportamentali è stata associata una spiegazione neurobiologica: nel 2008 è stata sviluppata per la prima volta una nuova prospettiva sull'assunzione dei rischi e sul processo decisionale durante l'adolescenza, basata sui progressi delle neuroscienze dello sviluppo (Casey, Getz e Galvan, 2008; Steinberg, 2008). In particolare, viene proposto un modello a due sistemi che hanno portato a progressi nella comprensione del comportamento degli adolescenti, soprattutto per quanto riguarda l'autocontrollo e l'assunzione dei rischi. Tali sistemi coinvolgono circuiti neurali differenti: un sistema "socio emotivo" che è localizzato nelle aree limbiche e paralimbiche del cervello, tra cui l'amigdala, la corteccia orbito frontale, la corteccia insulare, la corteccia cingolata anteriore e il nucleo accumbens; e un sistema di “controllo cognitivo”, che coinvolge la corteccia prefrontale dorsolaterale, la corteccia prefrontale anteriore e la corteccia parietale posteriore (Steinberg, 2008). Il primo sistema è caratterizzato da processi mentali automatici, intuitivi e affettivi; quindi, basato sull'elaborazione emotiva delle informazioni; il secondo sistema, invece, è caratterizzato da processi controllati, deliberativi, cognitivi che porta a decidere in termini più riflessivi, controllando gli impulsi e le emozioni.

Il circuito di controllo è una delle aree che si sviluppa più lentamente nel cervello umano. La corteccia prefrontale dorsolaterale, infatti, non raggiunge il suo spessore definitivo fino ai 30 anni circa. Questo porta a un divario temporale tra l'attivazione precoce del sistema socio-emotivo durante l'adolescenza e la maturazione completa del sistema di controllo cognitivo, che avviene successivamente. Tale disallineamento temporale rende l'adolescenza media un periodo di maggiore vulnerabilità ai comportamenti rischiosi (Steinberg, 2008).

Più recentemente sono nate ulteriori versioni del modello duale di Steinberg, come ad esempio, il “modello dei sistemi duali guidati” di Luna e Wright (2016) il quale sostiene che lo sviluppo del controllo cognitivo si stabilizza già a metà dell'adolescenza, a differenza di Steinberg che, invece, ipotizza un incremento della traiettoria del controllo cognitivo fino ai 20 anni.

Questa teoria, dunque, ha ricevuto supporto da vari studi (Shulman et al., 2016), ma è stata anche oggetto di critiche (Pfeifer & Allen, 2012) e affinata per includere ulteriori cambiamenti biologici come quelli ormonali, oltre a processi di elaborazione socio-emotiva e alle rappresentazioni mentali del rischio (Crone & Dahl, 2012; Rivers et al., 2008).

Il modello duale postula che l'assunzione di rischi da parte degli adolescenti sia incentivata da un rapido incremento dell'attività dopaminergica all'interno del sistema socio-emotivo durante la pubertà, portando a un aumento della ricerca di ricompense. La ricompensa rappresenta un processo naturale in cui il cervello associa vari stimoli, come sostanze, situazioni, eventi o attività, a un esito positivo o desiderabile, influenzando il comportamento dell'individuo e spingendolo a cercare tali stimoli gratificanti. Dal punto di vista anatomico-funzionale, la dopamina riveste un ruolo cruciale (Hernandez & Hoebel 1988; Everitt 1990; Robbins & Everitt 1996; Bardo 1998; Beninger & Miller 1998). Quando vengono sperimentati stimoli gratificanti, il sistema limbico, responsabile della generazione del piacere, rilascia dopamina nel nucleo accumbens, che a sua volta invia dopamina ai nuclei bersaglio (Small et al., 2003; Cameron et al., 2014). I recettori della dopamina trasmettono queste informazioni alle regioni prefrontali del cervello, che utilizzano tali informazioni per prendere decisioni comportamentali.

Durante l'adolescenza, i circuiti cerebrali si attivano con estrema facilità; inoltre, in questa fase il livello basale di dopamina è più basso, ma il suo rilascio in risposta a stimoli è significativamente maggiore. Questo fenomeno spiega perché gli adolescenti tendono a sentirsi facilmente annoiati e a cercare esperienze nuove, stimolanti e spesso rischiose, capaci di fornire intense sensazioni. Un esempio evidente di questo comportamento è la propensione al consumo di sostanze psicoattive, che può portare al meccanismo della dipendenza: il piacere e la ricompensa iniziali associati all'uso della sostanza diminuiscono con l'abuso (Volkow et al., 2016). In sostanza, molte decisioni rischiose presentano un potenziale di ricompensa che risulta particolarmente attraente per gli adolescenti. Questa inclinazione, combinata con un sistema di controllo degli impulsi ancora in via di sviluppo, spiega l'elevata incidenza di comportamenti impulsivi, sconsiderati e talvolta pericolosi tipici di questa età (Moffitt, 1993; Steinberg et al., 2008).

1.4 AUTOCONTROLLO E REGOLAZIONE EMOTIVA

L'autocontrollo è quindi di importanza cruciale durante l'adolescenza. Livelli elevati di autocontrollo sono correlati con il successo accademico, relazioni sociali positive e una buona salute (Tangney et al., 2004; Wills et al., 2006). Al contrario, un basso livello di autocontrollo è un indicatore di

comportamenti antisociali e di assunzione di rischi, come la delinquenza e la criminalità (Gottfredson & Hirschi, 1990; Pratt & Cullen, 2000; Rocque et al., 2016; Vazsonyi et al., 2017), che tendono a raggiungere il loro apice durante l'adolescenza (Moffitt, 1993).

Vohs e Piquero (2021), utilizzando un'analogia con la guida di un'auto da corsa, identificano due componenti fondamentali dell'autocontrollo, denominate euristicamente frenata e sterzata. La prima, la frenata, consente ai conducenti di rallentare, riprendere il controllo e prevenire incidenti; in modo analogo, l'inibizione degli impulsi permette di ridurre o ignorare le risposte problematiche. La seconda, la sterzata, consente ai conducenti di evitare i pericoli e garantire che raggiungano la destinazione desiderata. Allo stesso modo, gli individui possono evitare o limitare l'esposizione a situazioni in cui potrebbero essere tentati di prendere decisioni sbagliate.

Numerosi studi hanno esaminato come il controllo di sé influenzi le esperienze quotidiane e la gestione dei desideri e delle sfide. Hofmann et al. (2012) hanno studiato un campione di adulti, rilevando che le persone con un maggiore autocontrollo riportano desideri meno intensi e meno conflitti tra i loro desideri e altri obiettivi. Inoltre, tendono a resistere meno frequentemente alle tentazioni, suggerendo che evitano situazioni problematiche sin dall'inizio.

Uno studio parallelo sui giovani (Galla & Wood, 2015) ha mostrato che gli adolescenti con un maggiore autocontrollo hanno meno incontri stressanti e utilizzano tattiche proattive per risolvere i problemi.

La selezione delle situazioni gioca un ruolo cruciale nel ridurre la necessità di un controllo faticoso: persone con buon autocontrollo usano meno spesso la regolazione emotiva perché evitano situazioni negative e preferiscono forme di regolazione come la distrazione e la rielaborazione, piuttosto che forme di regolazione frenanti come la soppressione (Wenzel et al., 2021).

Per tutti questi motivi, l'autocontrollo agisce come un fattore protettivo, riducendo il rischio di sviluppare problemi emotivi e comportamentali dall'infanzia fino all'età adulta (Tangney et al., 2004; Moffitt et al., 2011).

Diventare un adulto maturo richiede, dunque, una serie di compiti complessi, tra cui lo sviluppo della capacità di autocontrollo su comportamenti ed emozioni, per poter inibire e modificare adeguatamente le azioni nonostante forti sentimenti, evitando così conseguenze negative. È essenziale che gli individui imparino a pianificare e portare a termine una serie di passaggi specifici per raggiungere obiettivi a lungo termine, anche se questi possono essere difficili o noiosi. Gli adolescenti devono anche acquisire la capacità di gestire situazioni sociali complesse nonostante emozioni contrastanti, sviluppando competenze di autoregolazione emotiva e comportamentale. La regolazione

emotiva è il processo attraverso il quale gli individui influenzano quali emozioni provano, quando le provano e come le esprimono (Gross, 2015). Essa può essere attuata sia consapevolmente che inconsapevolmente e può essere rivolta verso sé stessi o verso gli altri: Gross distingue tra regolazione intrinseca, che riguarda la gestione delle proprie emozioni, e regolazione estrinseca, che mira a gestire le emozioni altrui.

Le strategie di regolazione emotiva si possono distinguere in adattive e disadattive: fanno parte delle strategie adattive la rivalutazione cognitiva (Aldao et al., 2010; Gross e John, 2003), la risoluzione dei problemi (Frye e Goodman, 2000) e l'accettazione (Werner e Gross, 2010); fanno parte delle strategie disadattive, invece, l'evitamento (Werner e Gross, 2010), la soppressione (Gross e Thompson, 2007) e la ruminazione (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Per uno sviluppo sano è importante riuscire a regolare le proprie emozioni ed esperienze in modo adattivo, affinché sia possibile gestire situazioni intense o di stress. La regolazione emotiva, dunque, diventa particolarmente rilevante durante l'adolescenza. Come visto in precedenza, infatti, in questa fase si assiste ad una serie di cambiamenti fisici, psicologici e sociali (cambiamenti ormonali, distacco graduale dai genitori, crescente ricerca di indipendenza) che portano ad una maggiore reattività emotiva e sensibilità all'ambiente (Somerville et al., 2010; Blakemore & Mills, 2014). Pertanto, non sorprende che durante l'adolescenza, una disregolazione emotiva (ovvero l'uso limitato o inappropriato di strategie regolative) aumenti il rischio di psicopatologie (McLaughlin et al., 2022; Argenti, 2020). In particolare, si possono distinguere due tipi di psicopatologie: internalizzante ed esternalizzante. Nel primo caso, gli individui, nel tentativo di gestire un elevato carico emotivo, adottano strategie di regolazione caratterizzate da un controllo eccessivo delle proprie emozioni, e fa riferimento a problemi rivolti, appunto, verso l'interno come umore depresso, ansia o paura. I disturbi esternalizzanti, invece, emergono da una difficoltà nel controllo delle emozioni, e si riferisce a comportamenti rivolti verso l'esterno come aggressività e delinquenza (Plutchik, 1993). Dunque, gli adolescenti che non hanno sviluppato strategie adattive per gestire le proprie emozioni e i loro stati negativi, derivanti dalle molteplici sfide tipiche di questa fase della vita, possono essere particolarmente vulnerabili allo sviluppo di problemi di salute mentale (Silk et al., 2007). La disregolazione emotiva è collegata a varie forme di disturbi e sintomi psichiatrici, come i comportamenti autolesivi (Moehler et al., 2022), configurandosi come uno dei possibili fattori di rischio. L'adolescente, infatti, percepisce l'arousal negativo come incontrollabile, generando sentimenti e stati affettivi negativi come rabbia o senso di colpa. In questo contesto, l'atto autolesivo ha lo scopo di alleviare e regolare l'eccitazione negativa.

Nonostante le numerose evidenze che indicano un legame tra la disregolazione emotiva e la psicopatologia, molte questioni riguardanti la natura precisa di questa relazione restano irrisolte. In particolare, non è ancora chiaro se la disregolazione emotiva sia un fattore di rischio per lo sviluppo della psicopatologia durante l'adolescenza, oppure se sia una conseguenza dell'emergere di problemi di salute mentale (Riediger & Klipker 2004,2014).

CAPITOLO 2: L'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

2.1 STORIOGRAFIA E CRITERI DIAGNOSTICI

L'autolesionismo non-suicidario (Non Suicidal Self-Injury - NSSI) è definito come la distruzione o alterazione deliberata ed autoinflitta del corpo, senza alcuna intenzione suicida (Nock et al., 2010). Tra le forme più comuni troviamo comportamenti come graffiare la pelle, tagliarsi, bruciare, sbattere la testa, prendere a pugni oggetti o se stessi, colpire parti del corpo e interferire con la guarigione delle ferite, che sono attuati principalmente per gestire o alleviare un disagio fisico o psicologico (Briere e Gil, 1998, Favazza e Conterio, 1989, Herpertz, 1995, Langbehn e Pfohl, 1993).

Da un punto di vista storico, il comportamento autolesionista è sempre stato presente nella storia umana; tracciando l'evoluzione della categoria di NSSI, si può constatare, infatti, che non si tratta di una moderna entità costruita socialmente: basti pensare che le prime osservazioni di atti autolesionistici risalgono ai tempi antichi, spesso associati a pratiche rituali o religiose. Ancora oggi, molti popoli indigeni mantengono tradizioni di una cultura primitiva, come ad esempio l'autoflagellazione (Favazza, 1998).

Durante il XIX secolo e gran parte del XX secolo, l'autolesionismo veniva trattato come uno dei criteri per identificare il disturbo borderline di personalità (BPD) o come tentativo di suicidio (Favazza, 1998) piuttosto che come un'entità diagnostica autonoma. Gli studi clinici dell'epoca tendevano a non distinguere chiaramente tra atti autolesionistici con intento suicidario e quelli senza tale intento.

A partire dal Novecento si inizia a parlare di autolesionismo anche da un punto di vista psicoanalitico, soprattutto grazie ai lavori di Emerson e Menninger. Emerson, in particolare, pubblicò nel 1913 il primo caso clinico psicoanalitico di autolesionismo ripetitivo e non letale in un individuo non psicotico. Tale pubblicazione esponeva la storia di una paziente di 23 anni, denominata Miss A, la quale, dopo essere stata abusata sessualmente da suo zio, ha iniziato a mostrare comportamenti coerenti con l'autolesionismo non suicidario (NSSI). L'atto di tagliarsi le dava sollievo dal disagio emotivo: la paziente, infatti, affermava che il suo autolesionismo non era un tentativo di suicidio ma piuttosto un modo per affrontare emozioni negative, conflitti interpersonali e talvolta per indurre un sentimento positivo. Fu, poi, Menninger nel suo libro "L'uomo contro sé stesso" del 1938 ad

elaborare la prima classificazione del comportamento e a definirne le differenze rispetto al suicidio. Qui l'autore, basandosi su una teoria freudiana sull'istinto di morte, sostiene che l'autolesionismo è una manifestazione di tendenze autodistruttive radicate in conflitti psichici profondi che di solito sono controbilanciate da una più forte volontà di vivere; in altre parole, Menninger descrive l'autolesionismo come un meccanismo per preservare la vita sostituendo un suicidio parziale al suicidio effettivo.

Grazie ai lavori pionieristici di studiosi come Menninger, negli anni '60 e '70 l'attenzione verso l'autolesionismo cominciò a cambiare: si susseguirono diverse e sempre più attente classificazioni e definizioni per riferirsi a questi comportamenti. Tuttavia, nonostante questi primi tentativi di comprensione, l'autolesionismo continuava ad essere visto principalmente attraverso la lente della patologia suicidaria.

La svolta nella comprensione del NSSI come fenomeno distinto iniziò a prendere forma negli anni '80 e '90, quando ricercatori e clinici iniziarono a notare che molti atti autolesionistici non erano accompagnati da un desiderio di morte. Prendono avvio, così, le prime discussioni riguardo la concettualizzazione e l'organizzazione diagnostica dell'NSSI, nel tentativo di perfezionare e sistematizzare la nomenclatura dell'autolesionismo. Come già accennato, l'autolesionismo veniva considerato inizialmente solo come uno dei possibili sintomi del disturbo borderline di personalità, e descritto come “comportamento suicida, gesti, minacce o comportamento auto mutilante” (APA, 1980). Successivamente, nel 1983, Pattison e Kahan proposero di riconoscerlo come una categoria diagnostica separata, chiamandola “sindrome da autolesionismo deliberato” e che fosse riconosciuta nella quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), descrivendo caratteristiche come l'incapacità di resistere agli impulsi autolesionistici, la tensione crescente prima dell'atto e il sollievo successivo. Pattison, in particolare, sosteneva che l'autolesionismo intenzionale doveva essere considerato una diagnosi a sé stante, poiché le ricerche non avevano evidenziato un legame coerente tra autolesionismo e un particolare disturbo di personalità o dell'Asse I.

Nel 1990, Favazza e Rosenthal suggerirono l'inclusione di una cosiddetta “sindrome di automutilazione ripetitiva”, aggiungendo l'elemento della preoccupazione per il danno autoindotto e definendolo come “una sindrome di bruciatura o taglio ripetitivo in risposta a stress psicologico o ambientale”. Muehlenkamp nel 2005 sostenne ulteriormente questa proposta, evidenziando la mancanza di intento suicidario e la ripetitività del comportamento. Queste caratteristiche hanno influenzato la proposta di Shaffer e Jacobson (2009) di includere l'autolesionismo non suicidario (NSSI) come disturbo nel DSM-5, soprattutto perché classificare l'NSSI puramente come sintomo di

BPD o come tentativo di suicidio risulta incoerente con le recenti prove e andrebbe a ostacolare la ricerca e a erogare trattamenti non idonei ai casi di autolesionismo deliberato (Kapur et al., 2013).

Il riconoscimento dell'NSSI come entità clinica distinta culminò con la sua inclusione nel DSM-5 pubblicato dall'American Psychiatric Association nel 2013, nella sezione III chiamata “misure e modelli emergenti” come condizione che necessita di ulteriori studi, e definito come “danno autoinflitto intenzionale alla superficie del suo corpo di un tipo che può indurre sanguinamento o lividi o dolore con l’aspettativa che la lesione porterà solo a danni fisici minori o moderati”.

Il DSM-5-TR (APA, 2022) stabilisce criteri diagnostici chiari e specifici per il NSSI, sottolineando l'importanza di una diagnosi differenziale che escluda l'intento suicidario e si concentri invece sulle motivazioni sottostanti al comportamento autolesivo. I principali criteri diagnostici per il NSSI sono i seguenti:

A. Il soggetto, in cinque o più episodi nell’ultimo anno, danneggia intenzionalmente la propria superficie corporea o cerca di indurre sanguinamento, lividi o dolore, con l’aspettativa che la condotta autolesiva comporti solo danni fisici di lieve o moderata entità (non vi è alcun intento suicida). L’assenza di intento suicida può essere sia dichiarata dal soggetto o desunta dall’impiego ripetuto di un comportamento già noto, o appreso nel tempo, non suscettibile di provocare la morte.

B. L’autolesività non suicidaria si presenta con uno o più dei seguenti intenti:

1. Ottenere sollievo da emozioni o stati cognitivi negativi
2. Per risolvere una difficoltà interpersonale.
3. Per indurre uno stato emotivo positivo

C. L’autoferimento intenzionale è associato ad almeno uno dei seguenti fenomeni:

1. Difficoltà interpersonali, sentimenti o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, angoscia generalizzata, o autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico.
2. Prima dell’atto autolesivo, un periodo di preoccupazione per il comportamento previsto, che è difficile da controllare.
3. I pensieri autolesionistici si presentano frequentemente, anche quando non seguono agiti.

D. Il comportamento non è approvato socialmente (come nel caso di piercing, tatuaggi, parti di un rituale religioso o culturale) e non si limita a togliere una crosticina o mangiarsi le unghie.

E. Il comportamento o le sue conseguenze causano un disagio clinicamente significativo, interferenze interpersonali o scolastiche, o in altre aree importanti del funzionamento.

F. Il comportamento non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi psicotici, delirio, intossicazione da sostanze, o astinenza. Negli individui con disturbi evolutivi, il comportamento non è parte di un modello di stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale o una condizione medica.

L'evoluzione della comprensione del NSSI ha avuto un impatto significativo sia sulla ricerca che sulla pratica clinica. Gli studi contemporanei si concentrano su una gamma più ampia di fattori che contribuiscono al NSSI, tra cui aspetti neurobiologici, influenze ambientali e culturali, e dinamiche intrapersonali.

Questa distinzione storica e clinica tra autolesionismo suicidario e non suicidario ha permesso di sviluppare interventi più mirati e di migliorare la comprensione delle complesse dinamiche che sottendono tali comportamenti. In particolare, negli ultimi 10-15 anni si è assistito ad un'esplosione della ricerca nella conoscenza dell'NSSI dal punto di vista scientifico, clinico e sociologico e parallelamente a ciò oggi, noi sappiamo molto sulla classificazione, la prevalenza, le forme e le funzioni dell'NSSI.

2.2 CLASSIFICAZIONE E ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Una delle prime classificazioni riguardo l'autolesionismo è stata proposta da Favazza e Rosenthal nel 1990 e distingue i comportamenti autolesivi in base a diversi criteri, tra cui la frequenza, la gravità e il tipo di danno inflitto. Ancora oggi si fa riferimento a questa classificazione, perfezionata negli anni, e distingue tra:

- NSSI maggiore/severo: comprende comportamenti che provocano danni significativi e permanenti ai tessuti, come la perforazione profonda, ed è solitamente associato alla psicosi o alle intossicazioni acute;
- NSSI stereotipato: include comportamenti ripetuti in maniera costante e ritmica, e sono associati comunemente associati all'autismo o alla sindrome di Tourette;
- NSSI moderato/superficiale: coinvolge atti che causano danni minori alla pelle, come tagli o bruciature; questi comportamenti sembrano assumere un significato simbolico, solitamente relazionale. Quest'ultima categoria può essere a sua volta distinta in tre sottocategorie (Favazza e Rosenthal, 1995):

1. Moderato compulsivo: comprende comportamenti ripetuti che si susseguono molte volte durante il giorno, come la tricotillomania, ovvero tirarsi i capelli, e la onicofagia, cioè, mangiarsi le unghie;
2. Moderato episodico: il soggetto nel tentativo di riacquistare controllo e padronanza da pensieri o emozioni che è incapace di gestire, ricorre a tagli, bruciature o cerca di colpirsi. Ciò si riscontra in alcune sindromi psichiatriche come i disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità;
3. Moderato ripetitivo: il comportamento autolesivo rappresenta un elemento costitutivo dell'identità del soggetto, il quale ne diventa dipendente, tanto da definirsi, in alcuni casi, "cutter".

L'autolesionismo non-suicidario è un fenomeno particolarmente diffuso tra gli adolescenti: secondo la Società Internazionale per lo Studio dell'Autolesionismo (ISSS, 2016), si riscontra un numero più elevato (dal 6% all'8%) di comportamenti autolesionistici negli adolescenti e giovani adulti rispetto alla popolazione generale. L'età di esordio, infatti, è solitamente compresa tra i 12 e i 14 anni (Klonsky, 2011; Nock & Prinstein, 2004; Lindgren et al., 2021). Ciò trova conferma in uno studio condotto nelle scuole di Australia e Stati Uniti il quale, esaminando adolescenti di età compresa tra i 12 e i 15 anni, ha evidenziato una relazione tra l'inizio dell'autolesionismo e la fase puberale: come detto precedentemente, infatti, la pubertà è caratterizzata da particolari sviluppi nelle regioni corticali del cervello che possono portare ad una sempre più crescente vulnerabilità, associata al rischio di disturbi emotivi.

L'autolesionismo non suicidario è presente sia in contesti clinici che comunitari, ma i tassi di prevalenza sono più elevati nei contesti clinici rispetto alla popolazione generale (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011). In particolare, la prevalenza di NSSI nei pazienti psichiatrici adolescenti è del 50-70% (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011; Guerry e Prinstein, 2010; Cha et al., 2015; Kaess et al., 2012); mentre, basandosi sui risultati di indagini effettuate in Asia, Australia, Europa e Nord America, la prevalenza di almeno un episodio di NSSI nel corso della vita nella popolazione generale degli adolescenti è di circa il 17-18% (Swannell, 2014; Muehlenkamp, 2012).

Bisogna, però, tenere presente che le stime di prevalenza di tale fenomeno sono variabili e possono rendere difficile il confronto per diversi motivi: innanzitutto, solo una piccola percentuale di individui che si autolesiona si presenta in ospedale, a causa della vergogna o senso di colpa provati (Hicks e Hinck, 2008; Long et al., 2013); altre motivazioni riguardano la mancanza di una nomenclatura standardizzata, le differenze metodologiche, l'ambiente in cui il comportamento viene valutato e gli strumenti di valutazione utilizzati (Brown e Plener, 2017; Swannell et al., 2014). Nonostante ciò, i dati oggi in possesso suggeriscono che una parte sempre più significativa di adolescenti potrebbe

mettere in atto comportamenti autolesivi nel corso della propria vita. In particolare, la pandemia di Covid-19 ha avuto un impatto non indifferente sui tassi di prevalenza di NSSI nei giovani (Hasking et al., 2021; Plener, 2021): in uno studio di Zetterqvist et al. (2021), condotto tra gli studenti di diverse scuole superiori svedesi, sono stati confrontati i dati relativi alla prevalenza di NSSI di tre diversi punti temporali (2011, 2014 e 2020-21). Lo studio ha mostrato una prevalenza simile tra il 2011 e il 2014 (nello specifico 17,2% e 17,7%), al contrario, durante la pandemia del 2020-2021, si è registrato un incremento del 27,6%, con il 36,3% nelle ragazze e il 16,0% nei ragazzi. “Inoltre, i tassi di NSSI negli adolescenti con identità non binaria sono aumentati dal 28,3% nel 2014 al 69,2% nel 2020-2021” (Zetterqvist et al., 2021). In ulteriori indagini, inoltre, è stato registrato un forte aumento delle presentazioni ospedaliere di adolescenti che attuano NSSI; ad esempio, attraverso uno studio condotto nel 2022 da Ougrin et al., è stato mostrato che “le percentuali di bambini e adolescenti che si sono presentati in ospedale per autolesionismo o che avevano già una storia di agiti nella comunità sono state più elevate nel 2020 (aumentate rispettivamente dal 29 al 36% e dal 63 al 71%)” (Ougrin et al., 2022)

Proprio per questo motivo, risulta importante analizzare e approfondire i possibili fattori che contribuiscono all'incremento di tale comportamento, e poter intervenire, così, con strategie preventive e trattamenti adeguati.

2.3 FATTORI DI RISCHIO, CAUSE E FUNZIONI

Essendo l'autolesionismo non suicidario un fenomeno multidimensionale, la sua eziologia risulta assai complessa in quanto coinvolge una combinazione di fattori psicologici, biologici, sociali e culturali (Nock, 2010).

A livello psicologico, l'NSSI è spesso legato alla gestione di emozioni intense e negative come l'ansia, la depressione, la rabbia e il senso di vuoto. Molti individui che si autolesionano riportano che l'atto fisico di ferirsi allevia temporaneamente questi stati emotivi, fornendo un senso di sollievo o controllo (Klonsky, 2007). I fattori psicologici possono contribuire allo sviluppo e al mantenimento dell'NSSI in quanto svolgono diverse funzioni (intese come variabili motivanti) per il soggetto. A tal proposito, un modello supportato empiricamente è il cosiddetto “Four-Function Model (FFM)” proposto da Nock e Prinstein nel 2004 (e successivamente aggiornato da Nock, Barlow e Bentley nel 2014).

Un approccio funzionale assume che i comportamenti autolesionistici possono essere esaminati tramite i loro antecedenti (ovvero eventi che li precedono) e le conseguenze immediate (cioè, eventi o fattori che seguono il comportamento). Il Modello a Quattro Funzioni ipotizza che l'autolesionismo

non suicidario sia causato e mantenuto da quattro processi funzionali, che si muovono lungo due dimensioni dicotomiche: il rinforzo che può essere positivo o negativo e le conseguenze che derivano da processi intrapersonali (automatiche) o interpersonali (sociali). I quattro processi funzionali sono dunque:

1. Il rinforzo negativo intrapersonale (o automatico): il comportamento autolesionista non suicidario diminuisce o regola pensieri ed emozioni negative o avversive, come rabbia, ansia, tristezza. L'NSSI può essere, quindi, mantenuto perché, dopo l'agito si alleviano gli affetti negativi, tra cui l'autocritica o l'ideazione suicidaria;
2. Il rinforzo positivo intrapersonale (o automatico): l'NSSI genera stimoli, sentimenti e pensieri desiderati, come per esempio "sentire qualcosa" anche se è dolore, o provare soddisfazione per essersi puniti, i quali sembrano aumentare dopo l'agito;
3. Il rinforzo sociale negativo: l'NSSI viene mantenuto quando facilita la fuga da situazioni sociali indesiderate o insopportabili;
4. Il rinforzo sociale positivo: l'NSSI viene seguito dalla generazione o aumento di una risposta positiva negli altri o di eventi sociali desiderati.

Tendenzialmente, l'autolesionismo non suicidario svolge più di una delle seguenti funzioni, ma in alcuni studi negli USA (Nock et al., 2004 e Lloyd-Richardson et al., 2007) e in Canada (Power et al., 2016), è stato rilevato che per i pazienti la funzione più supportata era data dal rinforzo negativo intrapersonale, legato alla possibilità di gestire le proprie emozioni negative.

A differenza di modelli teorici precedenti che hanno cercato di motivare le ragioni per cui le persone praticano autolesionismo, focalizzandosi solo sul ruolo delle emozioni, la FFM integra il rinforzo automatico e sociale al fine di identificare la molteplicità di aspetti e ragioni per cui ci si impegna in attività di NSSI (Bentley, 2014) ed è ancora oggi supportato empiricamente (Liu, 2017).

Poco dopo il Modello a Quattro Funzioni di Nock e Prinstein, Klonsky (2007) ha esaminato l'evidenza empirica riguardo sette teorie funzionali dell'autolesionismo non suicidario (NSSI), trovando che questo comportamento serve principalmente a ridurre in maniera temporanea emozioni negative intense, portando a una sensazione di calma: circa la metà delle persone si autolesiona per autopunirsi o dirigere la propria rabbia verso sé stessi. Altre funzioni, come influenzare gli altri o mostrare il proprio disagio emotivo, sono rilevanti solo per una minoranza di individui. Nella sua ricerca empirica, Klonsky (2007) ha preso in esame 7 principali funzioni che sono: anti-suicidio,

autopunizione, autoregolazione, anti-dissociazione, confini interpersonali, influenza interpersonale e ricerca di sensazioni (o auto-stimolazione).

Secondo il modello anti-suicidio, l'autolesionismo rappresenta un sostituto del suicidio, un mezzo per esprimere pensieri suicidi senza rischiare la morte (Suyemoto, 1998); il modello di autopunizione sostiene che la condotta autolesionista permette di esprimere sentimenti di rabbia e sensi di colpa verso sé stessi. Molti, infatti, ritengono che sia proprio la rabbia auto-diretta o l'auto-deroga a caratterizzare i soggetti che si autolesionano (Bennun, 1983; Herpertz et al., 1997; Klonsky et al., 2003, Soloff et al., 1994); il modello di autoregolazione degli affetti o modello affetto-regolatore considera l'NSSI una strategia per alleviare o gestire emozioni e stati affettivi negativi (Favazza, 1992; Gratz 2003; Haines et al., 1995). Linehan (1993) ipotizza al riguardo, che ambienti invalidanti precoci possono portare allo sviluppo di strategie inadatte al disagio emotivo; secondo il modello di anti-dissociazione, la condotta autolesiva può portare alla cessione di stati di dissociazione o depersonalizzazione. A tal proposito, in particolare, Gunderson (1984) parla di "generazione di sentimenti" per cui il soggetto dissociato si procura dolore fisico per cercare di provare sensazioni (emotive e fisiche), sentendosi così nuovamente vivo o reale; il modello dei confini interpersonali considera l'NSSI come uno strumento per stabilire dei confini netti tra il sé e gli altri, costruendo così la propria autonomia e identità (Carroll et al., 1980; Podovall, 1969; Suyemoto, 1998). Tale modello riprende la teoria delle relazioni oggettuali per cui si ritiene che la causa principale del comportamento autolesionistico sia un attaccamento materno insicuro; il modello di influenza interpersonale sostiene che l'autolesionismo è utilizzato per manipolare gli altri (Chowanec et al., 1991; Podovall, 1969) o per evitare l'abbandono (Allen, 1995); infine, vi è il modello di ricerca di sensazioni per cui ci si autolesiona per esperire euforia ed eccitazione, come nel caso del paracadutismo.

È importante considerare che queste funzioni non si escludono a vicenda, ma anzi possono coesistere tra loro e sovrapporsi a livello teorico (Klonsky, 2007).

A livello biologico, ci sono diversi fattori che possono essere coinvolti nella patogenesi dell'NSSI: fattori genetici (Maciejewski et al., 2014), oppioidi endogeni (Liu, 2017) e funzionamento alterato dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Brown e Plener, 2017). Per quanto riguarda le predisposizioni genetiche, attraverso studi su gemelli omozigoti e dizigoti adulti, è stata stimata una ereditabilità tra il 37% (per gli uomini) e il 59% (per le donne), indicando così che la componente genetica gioca un ruolo significativo e cruciale nella predisposizione all'NSSI, sebbene influenze ambientali non condivise siano anch'esse rilevanti (Maciejewski DF, 2014).

Anche il sistema degli oppioidi endogeni, responsabile della regolazione del dolore (Fields, 2004; Yamada e Nabeshima, 1995), potrebbe essere coinvolto nella patogenesi dell'NSSI. In effetti, uno dei

focus più studiati nell'autolesionismo non suicidario è il dolore e la sua sensazione alterata in coloro che compiono questi agiti (gli autolesionisti, infatti, riferiscono di provare poco o per nulla dolore e si parla per questo di analgesia del dolore). Un possibile meccanismo che potrebbe spiegare la maggiore tolleranza al dolore osservata negli individui che si dedicano all'autolesionismo non suicidario (NSSI) riguarda i bassi livelli di oppioidi endogeni, come la β -endorfina e la met-enkefalina, nel liquido cerebrospinale, rispetto ai controlli psichiatrici (Stanley et al., 2010). Secondo Klonsky e Olin (2008), livelli cronicamente bassi di oppioidi endogeni negli individui con NSSI, provocano ipersensibilità nei corrispondenti recettori, che a loro volta portano questi individui a sperimentare gli effetti fisiologici degli oppioidi endogeni (come analgesia) in modo ancora più forte quando vengono rilasciati in seguito all'impegno in NSSI, rendendo così più probabili episodi di autolesionismo. Tuttavia, non è ancora chiaro se queste anomalie siano preesistenti o causate dal comportamento stesso.

Attraverso studi di risonanza magnetica funzionale, è stato poi osservato un funzionamento alterato dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), ovvero il sistema legato alla risposta da stress, e nei livelli di cortisolo delle persone che si autolesionano: ricerche indicano che gli adolescenti che praticano l'autolesionismo non suicidario possono presentare livelli più alti di cortisolo mattutino, probabilmente in risposta a uno stato di tensione anticipato per la giornata. In particolare, uno studio ha rilevato che adolescenti psichiatrici con almeno cinque episodi di autolesionismo non suicidario negli ultimi sei mesi mostrano un aumento del cortisolo salivare al risveglio, in confronto a coetanei sani dello stesso sesso (Reichl et al., 2016).

Alcuni studi, infine, suggeriscono che le persone con tendenze autolesionistiche possano avere alterazioni nei sistemi di regolazione delle emozioni, in particolare nelle vie neurali legate alla dopamina e alla serotonina (Nock, 2010).

Dal punto di vista sociale, esperienze traumatiche come l'abuso fisico o sessuale, la trascuratezza, o l'esposizione a conflitti familiari, possono aumentare il rischio di NSSI. Questi eventi possono creare un ambiente emotivo instabile, dove l'autolesionismo diventa un mezzo per esprimere o gestire il dolore interno (Yates, 2004).

I fattori di rischio per l'NSSI includono una vasta gamma di influenze, che possono essere suddivise in fattori individuali, familiari e sociali. A livello individuale, i disturbi psicopatologici come il disturbo borderline di personalità (BPD), la depressione e i disturbi d'ansia sono fortemente correlati con l'NSSI (Zetterqvist, 2015). L'impulsività e l'incapacità di regolare le emozioni sono altre caratteristiche che aumentano il rischio di autolesionismo.

Sul piano familiare, la presenza di conflitti familiari, mancanza di supporto emotivo, e storie di abuso fisico o emotivo sono stati identificati come fattori di rischio significativi. L'ambiente familiare può influenzare profondamente lo sviluppo dell'autolesionismo, sia attraverso modelli di comportamento disfunzionali sia attraverso l'incapacità di fornire strategie adeguate alla gestione dello stress (Hankin & Abela, 2011).

I fattori sociali, come la pressione dei pari, il bullismo, e l'isolamento sociale, possono anch'essi contribuire all'NSSI. Gli adolescenti, in particolare, possono essere influenzati dal comportamento dei coetanei, con l'autolesionismo che a volte emerge in contesti dove il comportamento è normalizzato (Prinstein et al., 2010).

CAPITOLO 3: DIFFERENZE DI GENERE NELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO

3.1 PREVALENZA E CARATTERISTICHE DELL'NSSI FEMMINILE

La ricerca più recente ha messo in luce come l'autolesionismo sia un fenomeno complesso che non può essere compreso appieno senza considerare la diversità delle esperienze di genere. È importante sottolineare che, nelle opere analizzate, non sempre viene specificato se i termini “donna” e “uomo” si riferiscano a persone che si identificano con il genere assegnato loro alla nascita, per questo nel seguente capitolo, verranno utilizzati tali termini in conformità con quanto riportato dagli stessi autori delle ricerche citate.

Nei primi studi sull'autolesionismo non suicidario, il focus era rivolto quasi esclusivamente alla popolazione femminile. Storicamente, infatti, si è pensato che l'NSSI fosse specifico delle donne (Favazza e Conterio, 1989). Basti pensare che, sulla base di una serie di studi su pazienti ricoverati al Massachusetts Mental Health Center, Henry Grunebaum e Gerald Klerman nel 1967 hanno identificato il prototipo del tagliatore come “femmina generalmente giovane, attraente, intelligente, persino talentuosa e in superficie socialmente abile [...] Appaiono ‘normali’, tranne quando periodicamente vengono sopraffatte da “tensioni emotive interiori”. Secondo gli autori, infatti, l'autolesionismo non era altro che uno strumento per “rilasciare la tensione” e alleviare un disagio a seguito di una delusione intima. Archetipi quasi identici del tipico “tagliatore” sono stati individuati da alcuni psichiatri degli anni ‘60 e ‘70: “giovane cutter femmina, che si autolesiona con l’obiettivo di alleviare il tumulto interiore” (Graff e Mallin, 1967; Grunebaum e Klerman, 1967; McKerracher et al., 1968; Nelson e Grunebaum, 1971; Rosenthal et al., 1972).

Proprio per questo motivo molto spesso i tagliatori assegnati maschi alla nascita venivano ignorati (Graff e Mallin, 1967; Grunebaum e Klerman, 1967; McKerracher et al., 1968; Nelson e Grunebaum, 1971; Rosenthal et al., 1972). Un esempio lampante per confermare tali considerazioni è dato da uno studio del 1964 sui pazienti "tagliapolsi" ricoverati all'Institute of the Pennsylvania Hospital, dove l'unico paziente di sesso maschile venne considerato come un profilo atipico, e quindi escluso (Graff e Mallin, 1967). In un ulteriore studio, effettuato nel 1972, tra i pazienti autolesionisti al Mount Sinai Psychiatric Institute, vennero considerate solo 24 donne, mentre gli 11 maschi ricoverati vennero scartati perché “i risultati erano così diversi da quelle delle donne” (Rosenthal et al., 1972).

Nel 1971, lo psichiatra William Clendenin ha messo in discussione l'esclusione degli uomini dalla discussione sull'autolesionismo, analizzando i dati di polizia sui "tagliapolsi" a St. Louis tra il 1968 e

il 1969. Dei 65 casi esaminati, il 40% erano uomini (Clendenin e Murphy, 1971), evidenziando una significativa presenza maschile ignorata dalla letteratura dell'epoca. Studi successivi, tra cui uno del 1970 presso lo Yale-New Haven Hospital, hanno confermato questa proporzione (Weissman, 1975). Tuttavia, ricerche precedenti avevano indicato una maggiore prevalenza femminile. Un esempio è rappresentato da uno studio effettuato da Phillips e Alkan nel 1961 in un ospedale di New York: analizzando le caratteristiche demografiche dei pazienti autolesionisti, è stato rilevato un rapporto di quasi 3:1 tra donne e uomini.

Anche nella letteratura contemporanea, si riscontrano, in tal senso, risultati sociodemografici contrastanti e non coerenti attorno all'autolesionismo non suicidario: mentre alcuni studi mostrano una prevalenza più consistente del comportamento nelle ragazze adolescenti rispetto ai ragazzi (ad esempio, Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005, Rodham et al., 2004), altre ricerche non riscontrano alcuna differenza significativa tra maschi e femmine, trovando tassi equivalenti nell'insorgenza di NSSI (ad esempio, di Lloyd-Richardson et al., 2007; Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003; Muehlenkamp e Gutierrez, 2004).

La possibilità di rilevare differenze di genere nella prevalenza di NSSI può essere influenzata da vari fattori, tra cui la specificità della definizione utilizzata per descrivere il comportamento autolesionista. Ad esempio, Yates e colleghi (2008) hanno osservato che eliminando il comportamento specifico di "manipolazione di una ferita" (o picking at a wound) dalla definizione di NSSI, le differenze di genere diventano significativamente più marcate, mentre in precedenza non erano evidenti. Inoltre, altri fattori che possono contribuire a influenzare i dati di prevalenza, riguardano l'età e il tipo di campioni. Sembra, infatti, che le differenze di genere sull'autolesionismo siano più marcate tra gli adolescenti rispetto ai giovani adulti, come riportato da Sornberger e altri (2012). L'età di insorgenza dell'NSSI, come detto precedentemente, si riscontra tra i 12 e i 14 anni, ma alcune indagini mostrano che per le ragazze il primo episodio sorge precocemente, intorno ai 10-11 anni (Andover et al., 2010).

Rispetto alla tipologia di campioni considerati, si osserva una maggiore differenza di genere nei campioni clinici rispetto ai campioni di comunità (Health et al., 2009). Ad esempio, Swannell e colleghi (2014), esaminando studi condotti su campioni di comunità, hanno trovato solo una leggera prevalenza maggiore tra le donne; questa differenza, tuttavia, non era statisticamente significativa dopo aver considerato fattori metodologici come l'anonimato o il formato di risposta. In un'ulteriore metanalisi, invece, Bresin e Schoenleber (2015), includendo anche campioni clinici, hanno rilevato che le donne avevano circa 1,5 volte più probabilità degli uomini di praticare l'NSSI (effetto che persisteva anche dopo aver controllato le variabili metodologiche e l'età).

La discrepanza nei risultati potrebbe derivare dal fatto che Swannell e colleghi si sono concentrati solo su campioni di comunità, mentre Bresin e Schoenleber hanno incluso anche campioni clinici, dove le differenze di genere erano più marcate. Di conseguenza, nei campioni clinici, l'NSSI sembra essere più prevalente tra le donne rispetto agli uomini. Questi risultati si potrebbero spiegare con la minore propensione degli uomini, rispetto alle donne, a utilizzare servizi sanitari per la salute mentale (ad esempio, Cortesia, 2003; Garfield e altri, 2008; Möller-Leimkühler, 2002), spesso condizionati dalla cultura e dalle aspettative sociali. Secondo Garfield e colleghi (2008), gli uomini tendono a ricorrere ai servizi di aiuto posteriormente rispetto alle donne e dimostrano più difficoltà nel rilevare i propri malesseri. Infine, sono meno inclini a seguire i consigli medici. Tuttavia, è importante tenere in considerazione che questi studi non si sono limitati esclusivamente a profili di adolescenti, ma hanno considerato un campione più ampio. Nonostante ciò, le conclusioni tratte da tali ricerche offrono spunti di riflessione significativi, utili per sviluppare considerazioni approfondite e rilevanti sul tema.

Un aspetto molto interessante riguarda i differenti tassi di autolesionismo non suicidario tra adolescenti di sesso femminile e maschile in base alle varie regioni geografiche. A tal proposito, una metanalisi di 38 studi, condotta da Moloney et al. (2024), ha permesso di rilevare che l'NSSI è due volte più comune tra le adolescenti di sesso femminile rispetto a quelli di sesso maschile in Nord America (OR, 2,49; 95% CI, 2,16-2,86) e in Europa (OR, 2,08; 95% CI, 1,69-2,58), mentre in Asia questa differenza non si riscontra (OR, 1,00; 95% CI, 0,71-1,41). Al contrario, in questa zona geografica lo studio ha individuato una maggiore prevalenza di autolesionismo non suicidario nei ragazzi adolescenti rispetto ad altre regioni. Questa differenza potrebbe essere attribuita ai diversi ruoli di genere e fattori socioculturali in Asia (Snowdon, 2018). Nelle culture occidentali, ad esempio, l'autolesionismo è spesso stereotipato come un comportamento femminile, soprattutto nei media (Whitlock et al., 2008) e per questo i ragazzi potrebbero sentirsi meno socializzati nel praticare l'NSSI. È possibile che questi fattori regionali e culturali, accompagnati dallo stigma e dalle conseguenze percepite, abbiano anche influenzato la disponibilità dei partecipanti a segnalare l'NSSI, portando, così, ad una sottostima del fenomeno in alcuni gruppi. Riuscire a chiarire le motivazioni per le quali questi agiti risultino più frequenti in determinate regioni geografiche piuttosto che in altre, risulta importante per "sviluppare interventi efficaci per tutti gli adolescenti coinvolti in NSSI, indipendentemente dal luogo, dal sesso e dal genere" (Mitchell, 2024).

Numerose ricerche, inoltre, hanno evidenziato differenze tra i sessi anche per quanto concerne i metodi di autolesionismo, le aree del corpo coinvolte e gli scopi di questi comportamenti. Come già sottolineato, l'NSSI è considerato una strategia di coping disadattiva utilizzata per regolare le proprie

emozioni (ad esempio, Bentley et al., 2014). In altre parole, il comportamento autolesionistico, soprattutto in adolescenza, diviene il mezzo principale per alleviare o esprimere emozioni/pensieri intensi e rispetto ai quali la persona sembra non avere controllo. Per questo la regolazione affettiva è considerata la funzione più comune, se non la principale, per chi incorre in condotte autolesive (ad esempio, Gratz, 2003; Heath et al., 2008; Klonsky, 2007; Nock e Prinstein, 2004). Il modo in cui le emozioni vengono gestite, tuttavia, cambia molto tra ragazzi e ragazze (ad esempio, Agostino e Hemenover, 2009; Kwon et al., 2013; McRae et al., 2008; Nolen-Hoeksema, 2012; Nolen-Hoeksema e Aldao, 2011; Zlomke e Hahn, 2010): le prime, in genere, tendono a ruminare maggiormente, il che può contribuire a tassi più alti di depressione e ansia osservati in maniera significativa nelle donne rispetto agli uomini (ad esempio, Aldao e altri, 2010; Kessler e altri, 2007). I secondi, invece, spesso utilizzano l'alcol e l'aggressività per gestire le emozioni, il che potrebbe spiegare la maggiore prevalenza di disturbi esternalizzanti, come i disturbi da uso di sostanze (Grant et al., 2004; Keyes et al., 2008).

Queste differenze potrebbero essere spiegate dalla socializzazione di genere, ovvero quel processo per il quale la società incoraggia determinati comportamenti o ruoli ritenuti appropriati per femmine e maschi. Tutto ciò potrebbe riflettersi nel modo in cui si concretizza il comportamento autolesionista: in particolare, studi come quello di Sornberger et al. (2012) hanno evidenziato che “le femmine erano significativamente più propense dei maschi a tagliarsi e graffiarsi; d'altra parte, i maschi erano più propensi delle femmine a bruciarsi, sbattersi la testa e darsi pugni”. Sembrerebbe, quindi, che le ragazze preferiscano metodi che provocano sanguinamento, mettendo, così, in luce il ruolo significativo e cruciale del sangue nel comportamento autolesionistico. In effetti, ci sono diversi studi che sottolineano come la vista del sangue durante l'agito sia un possibile fattore di rinforzo dello stesso. Ad esempio, attraverso una serie di interviste cliniche, Himer (1994) aveva rilevato che per molti il sangue ricopriva un ruolo fondamentale in quanto indice di un taglio eseguito correttamente. O ancora, Favazza e Conterio, in uno studio del 1989, riportano che “il 47% di un campione femminile di autolesionisti ha riferito che era confortante vedere il proprio sangue e il 25% ha riferito che le piaceva assaggiare il proprio sangue”.

Rispetto alle zone del corpo danneggiate, le ragazze sono più propense a ferire maggiormente le braccia e le gambe, mentre i ragazzi tendono a colpire parti del corpo più visibili e sensibili, come il torace, il viso e i genitali (Sornberger et al., 2012). Nock (2008) ipotizza che, in determinate circostanze, le persone possano utilizzare specifiche forme di autolesionismo non suicidario (NSSI) per trasmettere messaggi agli altri. Ad esempio, le lesioni al torace o al viso possono essere interpretate come “cicatrici di battaglia”; possono, cioè, sembrare frutto di uno scontro fisico con gli

altri, aiutando, così, la persona a mascherare il proprio NSSI. Anche in questo caso, tale comportamento risulta più probabile nei ragazzi rispetto alle ragazze a causa delle aspettative socioculturali legate al genere (Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssman-Falck e Kliewer, 1998). Tuttavia, il significato dietro la scelta di queste aree, specialmente nei ragazzi, rimane in gran parte ipotetico e necessita di ulteriori approfondimenti.

Sono state osservate, inoltre, differenze di genere in molte delle variabili relative alle funzioni di NSSI: i maschi tendono a impegnarsi in comportamenti autolesivi per motivi interpersonali, come il desiderio di appartenere a un gruppo, dimostrare forza, o ancora, spinti dal desiderio di “spaventare qualcuno” o “morire”; mentre le femmine lo fanno per motivi intrapersonali, legati a emozioni negative come depressione o dolore, “per comunicare angoscia”, “per sedare pensieri angoscianti” o per “alleviare la tensione” (Claes, Vendereycken e Vertommen, 2007; Laye-Gindhu e Schonert-Reichl, 2005a). È possibile che ciò abbia due conseguenze importanti per le differenze di genere nel comportamento autolesionistico: da un lato, l’NSSI potrebbe non essere immediatamente identificato come un problema perché è spesso parte di comportamenti rischiosi, ma socialmente accettabili per i maschi, come ad esempio, negli sport estremi o di contatto. Questo potrebbe portare, dunque, ad una sottovalutazione dell’NSSI maschile, sia dal gruppo dei pari sia dal medico. Dall’altro lato, l’NSSI femminile viene associato più spesso al disagio emotivo, e per questo è più facilmente percepito come un problema che richiede un intervento clinico o psicologico. Nonostante siano solo delle ipotesi speculative, meritano di essere analizzate in ulteriori indagini (Bresin e Schoenleber, 2015).

Un’altra considerazione degna di nota riguarda l’associazione positiva tra maltrattamenti infantili (CM), in particolare abusi sessuali, con l’NSSI, soprattutto per le ragazze: In uno studio condotto a Taiwan, è stata rilevata una probabilità 3,5 volte maggiore tra le adolescenti di sesso femminile rispetto agli adolescenti di sesso maschile di compiere NSSI. Inoltre, la presenza di “una storia di abusi sessuali ha aumentato il rischio di comportamenti autolesionistici di oltre quattro volte” (Tsai MH et al., 2011). In un’ulteriore ricerca, Serafini e colleghi (2017) hanno osservato, attraverso l’analisi di 26 studi trasversali che indagavano proprio tale relazione, che “la CM sia un fattore di rischio significativo sia per la NSSI che per i tentativi di suicidio”; in particolare, le ragazze che hanno subito traumi infantili, come abusi sessuali, sembrano essere più inclini all’NSSI e ai comportamenti suicidari rispetto ai ragazzi (Isohookana et al., 2013). Bisogna, tuttavia, sottolineare che nonostante l’NSSI sia riconosciuto come uno dei principali fattori predittivi del suicidio, soprattutto per gli adolescenti, (Asarnow, Porta G, Spirito A, et al., 2016), oggi si tende a considerarli come fenomeni distinti. Tale distinzione trova supporto anche nelle differenze di genere: le donne mostrano tassi più elevati di ideazione e tentativi di suicidio rispetto agli uomini, ma la mortalità per suicidio è

generalmente inferiore tra le donne. Questo contrasto è descritto da Canetto e Sakinofky (1998) come il "paradosso di genere".

3.2 IMMAGINE CORPOREA NEGATIVA COME PREDITTORE DI NSSI FEMMINILE

Soprattutto per le ragazze, l'NSSI è caratterizzato da un'alta comorbilità con i disturbi alimentari o DCA (K. Kostro, JB Lerman, E. Attia, 2014). Orbach (1996), in particolare, ha suggerito che un elemento cruciale nell'NSSI è il rapporto emotivo con il proprio corpo, che può variare dall'amore al rifiuto. L'immagine corporea, infatti, si basa su un continuum che si estende da percezioni corporee sane/funzionali a percezioni malsane/disfunzionali. Atteggiamenti negativi verso il proprio corpo possono portare alla cosiddetta insoddisfazione corporea, ovvero un sentimento di scontentezza nei confronti di forma, peso, altezza o altri aspetti legati a esso (Toselli et al., 2022) ed è un potente fattore di rischio, soprattutto tra le ragazze. La nostra società, infatti, attribuisce particolare importanza alla bellezza, soprattutto femminile, e per questo le adolescenti sono le più sensibili a tale tematica.

Le eccessive preoccupazioni per la propria immagine corporea, dunque, possono portare a distacco o dissociazione, riducendo la sensibilità al dolore e aumentando la probabilità di autolesionismo come risposta a stati emotivi negativi o disregolazione. Allo stesso modo, Osman et al. (2010) hanno evidenziato che adolescenti con atteggiamenti disfunzionali e bassa autopercezione corporea sono più inclini a comportamenti autodistruttivi. Anche altre indagini sottolineano come sentimenti negativi verso il proprio corpo possono mediare l'affetto negativo e la NSSI, come evidenziato in studi sia su campioni clinici che non clinici (Muehlenkamp et al., 2011; Duggan et al., 2015).

Nell'analisi dell'NSSI nelle adolescenti, è importante considerare, accanto ai fisiologici cambiamenti dell'immagine corporea, le profonde trasformazioni a livello endocrinologico e sociale: uno studio del 2018 effettuato su un campione di ragazze adolescenti cinesi, ha dimostrato un'associazione tra NSSI, menarca e problemi mestruali. In particolare, questi fattori sembrano contribuire all'aumento dei comportamenti autolesionistici non suicidi tra le adolescenti. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che durante il menarca l'adolescente subisce rapidi cambiamenti ormonali, tra cui l'aumento dei livelli di estrogeni (Steiner et al., 2003) che, associati a fattori di stress psicosociale, possono aumentare la vulnerabilità emotiva, rendendo le giovani ragazze più suscettibili a problemi di salute mentale e comportamenti autolesionistici durante questo periodo critico. Allo stesso modo, diversi studi hanno dimostrato che problemi mestruali, come dolori e irregolarità, sono una delle principali cause di assenteismo scolastico. Questi problemi "influenzano la qualità della vita e aumentano il rischio di disturbi mentali" (Nur Azurah et al., 2013; Yu et al., 2016; Chen et al., 2017), che a loro volta possono incrementare il rischio di NSSI. Questi risultati offrono spunti importanti per

comprendere meglio il rischio elevato di NSSI tra le ragazze durante la prima adolescenza e le differenze di genere che emergono in questo periodo (Xianchen Liu et al., 2018).

3.3 AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO NELLE MINORANZE SESSUALI E DI GENERE

I fattori di rischio per NSSI variano non solo a seconda del genere, ma anche a seconda dell'orientamento sessuale. La ricerca, in particolare, suggerisce che la prevalenza di autolesionismo non suicidario è maggiore negli individui il cui orientamento sessuale è diverso da coloro che si identificano come eterosessuali e anche tra gli adolescenti che si identificano come transgender (o di genere diverso) rispetto ai loro coetanei cisgender (cioè, il cui genere corrisponde al sesso assegnato alla nascita). Un esempio lampante è dato da una revisione della letteratura empirica esistente sulla prevalenza di NSSI tra individui appartenenti alla comunità LGBTQ+ condotta da Richard T. Liu et al. (2019). In primo luogo, la revisione ha evidenziato una prevalenza elevata di NSSI tra individui LGBTQ+, stimata tra il 30% e il 47% a seconda dei gruppi. Questi valori sono molto superiori rispetto al 15% riscontrato tra individui eterosessuali e cisgender. Inoltre, si è osservato che anche includendo campioni clinici, questi tassi continuavano ad essere notevoli, suggerendo che il fenomeno sia diffuso anche tra la popolazione generale LGBTQ+.

Le analisi hanno anche indicato che gli individui bisessuali e transgender sono particolarmente a rischio di NSSI. Per i bisessuali, questo potrebbe essere dovuto a vari motivi come: la stigmatizzazione sia da parte della comunità eterosessuale che da quella LGBTQ+ (Israel & Mohr, 2004), un minor supporto sociale (Balsam & Mohr, 2007). e una maggiore presenza di fattori di rischio come la depressione e l'ansia (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb e Christensen, 2002). Analogamente, per le persone transgender, lo stigma legato alla diagnosi di disforia di genere può limitare l'accesso ai servizi di salute mentale, contribuendo alla maggiore prevalenza di NSSI (Haas et al., 2011).

I risultati sulla prevalenza di NSSI tra le persone lesbiche e gay, invece, sono meno chiari a causa del numero limitato di studi disponibili. Tuttavia, anche in questo caso, è stata riscontrata un'associazione positiva tra NSSI e sesso femminile, suggerendo che le donne lesbiche potrebbero essere a maggior rischio rispetto agli uomini gay. Questa discrepanza evidenzia la necessità di una valutazione più approfondita per determinare quali gruppi all'interno delle minoranze sessuali richiedono maggiore attenzione per la prevenzione di NSSI.

In termini di fattori di rischio, la revisione ha confermato che, oltre ai fattori di stress specifici delle minoranze, anche i fattori di rischio tradizionali (Meyer, 2003; Testa et al., 2016), come

psicopatologia e aggressività, sono rilevanti per le popolazioni LGBTQ+. Ciò implica che queste persone sono esposte a una doppia vulnerabilità: una legata alla loro identità e l'altra legata ai rischi più generali riscontrati nella popolazione generale. Questo rafforza l'importanza di adattare i trattamenti esistenti per rispondere a queste esigenze specifiche.

In conclusione, la revisione evidenzia che l'NSSI è molto diffuso tra le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, con una particolare vulnerabilità per le popolazioni transgender e bisessuali. Le disparità con la popolazione eterosessuale e cisgender sono evidenti, e l'elevata prevalenza di NSSI tra i giovani LGBTQ+ rappresenta una priorità urgente per la ricerca e l'intervento clinico.

3.4 PREVENZIONE DELL'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO NEGLI ADOLESCENTI

Secondo l'OMS l'autolesionismo non suicidario rappresenta il quinto rischio di salute pubblica più frequente tra gli adolescenti. Nonostante non sia caratterizzato da intenti suicidari, l'NSSI (soprattutto ripetitivo) può aumentare il rischio di morte per suicidio (ad esempio, Hawton et al., 2012). Inoltre, coloro che praticano NSSI possono subire danni fisici duraturi e ciò porta anche a frequenti visite al pronto soccorso (Olsson et al., 2005). A causa degli elevati tassi di ospedalizzazione che l'autolesionismo non suicidario comporta, esso risulta anche costoso a livello sociale. Per tutti questi motivi, è chiaro che sia fondamentale e necessario adottare una serie di strategie preventive che possano aiutare, soprattutto gli adolescenti, a gestire i propri sentimenti/pensieri negativi. L'inizio dell'adolescenza, infatti, è un periodo particolarmente importante per interventi di prevenzione precoce, prima che si manifestino i primi episodi di NSSI: in questo modo, si possono ridurre i rischi associati a problemi di salute mentale e prevenire l'insorgere di pensieri suicidari (Voss, Hoyer, Venz, Pieper, Beesdo-Baum, 2020).

Le iniziative di prevenzione mirata hanno dimostrato di ridurre significativamente i comportamenti autolesionisti non suicidari (NSSI) e di migliorare la salute mentale negli adolescenti a rischio (Hawton et al., 2015; Kothgassner et al., 2020). Tuttavia, l'accesso a tali programmi è limitato dalla scarsità di risorse e dalla mancanza di personale qualificato (Kaess et al., 2019). Una strategia alternativa potrebbe essere l'introduzione di programmi di prevenzione universale prima che gli adolescenti, tra gli 11 e i 14 anni, inizino a manifestare NSSI. Se da una parte gli approcci di prevenzione universale risultano particolarmente efficaci nel promuovere il benessere mentale e nel ridurre i costi di alcune malattie mentali croniche (Johnstone et al., 2018; Werner-Seidler et al., 2017), dall'altra, la sua ricerca, rispetto alla prevenzione mirata e agli interventi terapeutici, rimane limitata. Proprio per questo motivo, è stata condotta una revisione sistematica della letteratura, con l'obiettivo

di individuare i programmi di prevenzione universale esistenti e valutarne l'efficacia nella riduzione dell'autolesionismo non suicidario (Arne Burger et al., 2023).

Dai sette studi individuati, solo due hanno esaminato l'incidenza di NSSI post-intervento, senza, però, mostrare efficacia o riscontrare cambiamenti significativi nella prevenzione di NSSI: il programma psicoeducativo "Signs of Self-Injury" (SOSI) di Muehlenkamp et al. (2010) ha l'obiettivo di aumentare la conoscenza e migliorare i comportamenti di ricerca di aiuto per ridurre l'NSSI. Nonostante SOSI abbia migliorato la consapevolezza degli studenti riguardo l'autolesionismo, non ha portato a un incremento significativo delle richieste di aiuto. Baetens et al. (2020), invece, hanno confrontato due programmi, Happyles e HappylesPLUS, che miravano al benessere mentale generale e alla prevenzione dell'NSSI. Sebbene non ci siano state differenze significative nell'incidenza dell'NSSI, gli studenti hanno mostrato una maggiore consapevolezza emotiva e una ridotta probabilità di futuri NSSI.

Purtroppo, tutti gli studi presentano debolezze metodologiche, come la mancanza di follow-up a lungo termine e campioni insufficienti, per questo è urgente stabilire standard di qualità per la prevenzione universale e promuovere ulteriori studi per sviluppare interventi efficaci contro l'NSSI.

CONCLUSIONE

L'autolesionismo non suicidario rappresenta un'importante sfida per la psicologia contemporanea, richiedendo un approccio multifattoriale per la comprensione e l'intervento. Attraverso tale analisi, è emerso che l'NSSI non è un comportamento univoco, ma piuttosto un fenomeno complesso influenzato da una molteplicità di fattori interni ed esterni.

In primo luogo, l'NSSI svolge diverse funzioni, principalmente di regolazione emotiva, suggerendo che gli interventi terapeutici dovrebbero focalizzarsi sull'insegnamento di strategie alternative per la gestione del disagio emotivo. La comprensione dei fattori neurobiologici e psicologici che sottostanno a questi comportamenti può contribuire a identificare gli individui a rischio e a sviluppare trattamenti più mirati ed efficaci.

In secondo luogo, la connessione tra NSSI e suicidio evidenzia la necessità di un monitoraggio attento degli individui che si auto-lesionano, poiché questi comportamenti possono rappresentare un precursore di rischio suicidario. È essenziale differenziare tra comportamenti autolesivi con e senza intento suicida, pur riconoscendo le aree di sovrapposizione che possono richiedere interventi precoci.

Infine, le differenze di genere nell'NSSI e il loro legame con fattori socioculturali e identità di genere sottolineano l'importanza di approcci personalizzati. L'autolesionismo non suicidario, infatti, è spesso

studiato come un fenomeno dove le differenze di genere vengono individuate assumendo un allineamento tra sesso biologico e identità di genere, ignorando l'esperienza delle persone transgender e non binarie, che possono vivere il disagio e i comportamenti autolesionisti in modi unici e specifici. Come già detto in precedenza, nei vari studi analizzati, non sempre viene specificato se i termini “donna”, “uomo”, facciano riferimento a persone che si identificano con il genere assegnato alla nascita. Questa mancanza di specificazione riflette una concezione tradizionale che presuppone una corrispondenza tra il sesso assegnato alla nascita e il genere con cui una persona si identifica. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che sesso e genere sono concetti distinti. Il sesso si riferisce a caratteristiche biologiche e fisiche, mentre il genere è una costruzione sociale che si riferisce all'identità, alle espressioni e ai ruoli di una persona. Per indagare e comprendere in modo più approfondito il fenomeno dell'autolesionismo e le sue differenze legate al genere, è importante che gli studi futuri distinguano tra identità di genere e sesso assegnato alla nascita, poiché questa distinzione potrebbe fornire una comprensione più accurata e inclusiva dei dati e della letteratura disponibile. Solo attraverso un approccio che tenga conto di questa complessità sarà possibile sviluppare strategie di prevenzione e intervento realmente efficaci per tutte le persone, indipendentemente dalla loro identità di genere.

In conclusione, questa tesi mette in luce la complessità dell'autolesionismo non suicidario e la necessità di un approccio interdisciplinare che integri aspetti psicologici, biologici e socioculturali. Una comprensione completa e olistica di questo fenomeno, infatti, permette di sviluppare interventi funzionali che non solo riducono l'incidenza dell'NSSI, ma che promuovono il benessere e la salute mentale di tutti gli individui, indipendentemente dal genere o dal background culturale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

*Piaget, J. (1968). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Barbera universitaria.

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad.it. Raffaello Cortina, Milano 2014.

American Psychiatric Association. (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5-TR), trad.it. Raffaello Cortina, Milano 2023.

*Albiero, P. (2021). *Il benessere psicosociale in adolescenza. Prospettive multidisciplinari*. Roma: Carocci.

- Vijayakumar, N., Op de Macks, Z., Shirtcliff, E. A., & Pfeifer, J. H. (2018). Puberty and the human brain: Insights into adolescent development. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *92*, 417–436. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.004>
- Blakemore, S. J., Burnett, S., & Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human brain mapping*, *31*(6), 926–933. <https://doi.org/10.1002/hbm.21052>
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1124*, 111–126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Poletti, M. (2007). Brain development, decision-making and psychopathology in adolescence. *Journal of Psychopathology*. 13,358-366.
- Steinberg L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental psychobiology*, *52*(3), 216–224. <https://doi.org/10.1002/dev.20445>
- Vohs, K. D., & Piquero, A. R. (2021). Self-Control at 220 Miles per Hour: Steering and Braking to Achieve Optimal Outcomes During Adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, *30*(4), 351-357. <https://doi.org/10.1177/096372142111014509>
- Sahi R. S., Eisenberger N. I., & Silvers J. A. (2023). Peer facilitation of emotion regulation in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *62*, 101262 <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101262>.
- Dahl R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 1–22. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- Crone, E., & Dahl, R. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*. *13*, 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Sisk, C., & Foster, D. (2004). The neural basis of puberty and adolescence. *Nature Neuroscience*. *7*, 1040–1047. <https://doi.org/10.1038/nn1326>
- Patel, P. K., Leathem, L. D., Currin, D. L., & Karlsgodt, K. H. (2021). Adolescent Neurodevelopment and Vulnerability to Psychosis. *Biological psychiatry*, *89*(2), 184–193. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.028>
- Kirkland, J. M., Edgar, E. L., Patel, I., Feustel, P., Belin, S., & Kopec, A. M. (2024). Synaptic pruning during adolescence shapes adult social behavior in both males and females. *Developmental psychobiology*, *66*(3), e22473. <https://doi.org/10.1002/dev.22473>

- Brocato, E., & Wolstenholme, J. T. (2021). Neuroepigenetic consequences of adolescent ethanol exposure. *International review of neurobiology*, *160*, 45–84. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2021.06.008>
- Favazza A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, *186*(5), 259–268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
- Zetterqvist M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *9*, 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- Angelotta C. (2015). Defining and refining self-harm: a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of nervous and mental disease*, *203*(2), 75–80. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000243>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *59*(11), 565–568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Lindgren, B. M., Wikander, T., Neyra Marklund, I., & Molin, J. (2022). A Necessary Pain: A Literature Review of Young People's Experiences of Self-Harm. *Issues in mental health nursing*, *43*(2), 154–163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1948640>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, *379*(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Nock M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, *18*(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Klonsky E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*, *27*(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Maciejewski, D. F., Creemers, H. E., Lynskey, M. T., Madden, P. A., Heath, A. C., Statham, D. J., Martin, N. G., & Verweij, K. J. (2014). Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self-injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? *JAMA psychiatry*, *71*(6), 699–705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.89>

- Liu R. T. (2017). Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 80, 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.026>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- * Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide & life-threatening behavior*, 42(3), 266–278. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00888.x>
- Fox, K. R., Millner, A. J., Mukerji, C. E., & Nock, M. K. (2018). Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical psychology review*, 66, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.009>
- Moloney, F., Amini, J., Sinyor, M., Schaffer, A., Lanctôt, K. L., & Mitchell, R. H. B. (2024). Sex Differences in the Global Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents: A Meta-Analysis. *JAMA network open*, 7(6), e2415436
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15436>
- Miller, M., Redley, M., & Wilkinson, P. O. (2021). A Qualitative Study of Understanding Reasons for Self-Harm in Adolescent Girls. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073361>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 466–473. <https://doi.org/10.1002/jclp.20661>
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood

Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00149>

Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Räsänen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European child & adolescent psychiatry*, 22(1), 13–22. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0311-8>

Clarke, S., Allerhand, L. A., & Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>

*Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(1), 1–23.

Black, E. B., Garratt, M., Beccaria, G., Mildred, H., & Kwan, M. (2019). Body image as a predictor of nonsuicidal self-injury in women: A longitudinal study. *Comprehensive psychiatry*, 88, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.010>

Marco, J. H., Cañabate, M., García-Alandete, J., Llorca, G., Real-López, M., Beltrán, M., & Pérez, S. (2018). Body image and nonsuicidal self-injury: Validation of the Body Investment Scale in participants with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 173–180. <https://doi.org/10.1002/cpp.2142>

Liu, X., Liu, Z. Z., Fan, F., & Jia, C. X. (2018). Menarche and menstrual problems are associated with non-suicidal self-injury in adolescent girls. *Archives of women's mental health*, 21(6), 649–656. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0861-y>

Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F. L., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>

Bürger, A., von Schoenfeld, C., Scheiner, C., Seidel, A., Wasserscheid, A., Gad, D., Kittel-Schneider, S., Romanos, M., & Reiter, A. M. F. (2023). Universal prevention for non-suicidal self-injury in adolescents is scarce - A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1130610. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1130610>